

Gehen die Deutschen zu oft zum Arzt?

Konsultations- häufigkeit

Warum die gängigen
Hypothesen mit Vorsicht
zu genießen sind

Honorar

Ist die Pauschalierung
der richtige Weg?

Heilmittel

Vergütungsliste der
beiden Kassenarten



Liebe Leserinnen und Leser!

Das deutsche Gesundheitssystem braucht radikale Reformen, heißt es allenthalben. So könne es nicht weitergehen. Dieses Lamento ist Konsens - so sehr, dass kaum noch jemand nach der Empirie fragt: Wo, bitte schön, ist es besser als hier? Im Interview mit dem KVH-Journal bringt Prof. Dr. Hendrik van den Bussche vom UKE einige Gewissheiten der aktuellen gesundheitspolitischen Debatte ins Wanken (siehe Seite 5). Vielleicht sollte man sich angewöhnen, künftig vor jedem Reformvorschlag erst mal die Faktenlage zu prüfen.



Ich wünsche Ihnen eine schöne Sommerzeit - und angeregte politische Debatten!

Ihr Dieter Bollmann

Ihre Meinung ist gefragt

Wir freuen uns über Reaktionen auf unsere Artikel, über Themenvorschläge und Meinungsäußerungen.

eMail-Adresse: redaktion@kvhh.de

*Diese Ausgabe des KVH-Journals ist eine Doppelausgabe.
Das nächste Heft erscheint erst wieder Ende September.*

Impressum

KVH Journal der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg
für ihre Mitglieder und deren Mitarbeiter

Erscheinungsweise sechswöchentlich (Doppelausgabe im Sommer)
Abdruck nur mit Genehmigung des Herausgebers
Gezeichnete Artikel geben die Meinung des Autors und
nicht unbedingt die des Herausgebers wieder.

VISDP: Walter Plassmann

Redaktion:
Abt. Öffentlichkeitsarbeit
Martin Niggeschmidt, Tel: (040) 22802-655

Layout und Satz:
Headquarters Hamburg, www.hqhh.de

Titelbild:
Luis Pedrosa / istockphoto.com

Redaktionsschluss: 16. Juni 2009

Inhalt

Schwerpunkt

Nachgefragt	4
Warum gehen die Deutschen so oft zum Arzt? Interview mit Prof. Dr. Hendrik van den Bussche	5
Pro und Contra: Sollen die Honorare weiter pauschaliert werden?	8
Podiumsdiskussion beim „Tag der Niedergelassenen“: Gesundheitssystem zwischen Staat und Markt	10

Aus der Praxis für die Praxis

Fragen und Antworten	12
Arztbibliothek: Geprüftes medizinisches Wissen im Internet	13
Medi-Convent ist insolvent	14
Kostenliste für Heilmittel	18

Rundschreiben

Amtliche Veröffentlichungen	14
-----------------------------	----

Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagement-Umsetzungsphase endet zum Jahreswechsel / Welche Praxen sind zertifiziert?	15
---	----

Abrechnung

Bundeswehr: Überweisung von Zivilpatienten / Feststellung der Wehrdiensttauglichkeit Keine Scheinabgabe für Sonstige Kostenträger „Zivildienst“ und „Bundeswehr“ erforderlich	16
Schweinegrippe: Kostenerstattung für Schnelltests / Kennzeichnung von Leistungen	17
Abgabe der Abrechnungsunterlagen	17

Brennpunkt Arznei

KBV fordert Neuausrichtung der Arzneimittelversorgung / Zur Erinnerung: Johanniskraut und Paracetamol sind teilweise verschreibungspflichtig	22
SSB-Regresse: 4000 Beanstandungen zurückgezogen / Neuer Arzneimittel-Informationsservice der KBV / Verzögerte Arzneimittelfrühinformationen	23
Arzneimittelrichtlinie: Informationen zu den am häufigsten gestellten Anfragen	24

Forum

Resolution gegen das Regio-MVZ Europapassage / KBV-Studie zu Versorgungszentren	26
Ärzte hospitieren in Obdachloseneinrichtungen / Kurzer E-Mail-Draht zur KV / Vorsitzender des Hausärztekreises Harburg-Süderelbe tritt PNS - Praxisnetz Süderelbe bei	27
Zehn Jahre Psychotherapeutengesetz - Bilanz der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin Annelies Arp-Trojan	28

KV intern

Steckbriefe: Für Sie im beratenden Fachausschuss	30
Terminkalender	31

Nachgefragt

■ Gibt es zu viele unnötige Arzt-Patienten-Kontakte?



Nur ein kleiner Teil der Patienten kommt häufiger zu uns als es notwendig wäre. Das sind Menschen mit psychosomatischen Beschwerden oder Übervorsichtige, die ihren Körper und ihren Gesundheitszustand ganz genau beobachten. Für ein drängendes Problem halte ich das nicht. Gehen die Arztbesuche dieser Patienten auf Kosten der schwerer Erkrankten? Ich denke nicht. Die Zeit, die ein Patient braucht, nehmen wir uns.

*Dr. Gerhard Held,
hausärztlicher Internist
in Rahlstedt*



Patienten gehen in Deutschland öfter zum Arzt als in anderen europäischen Ländern? Möchte man die Gesundheitssysteme von beispielsweise England und Portugal wirklich mit unserem vergleichen? Ich halte das für nicht richtig. Wir tragen nicht nur medizinische Verantwortung sondern auch psychosoziale. Man kann nicht pauschale Kontaktzahlen ohne Differenzierung von Krankheit, Alter und sozialer Situation einsetzen und behaupten, diese seien zu hoch. In einer Zeit, in der über die steigende Zahl der Vernachlässigungen von Kindern, Vereinsamung der Menschen und Isolation im Alter diskutiert wird, sollen wir weniger betreuen? Auch in der psychosozialen Betreuung liegt die Verantwortung als Hausarzt - auch wenn dies „Kontakte kostet“.

*Dr. Markus Flotho,
Allgemeinarzt in Neustadt*



Ich habe mal nachgezählt: Unsere Patienten konsultieren uns durchschnittlich 8 bis 10 mal im Quartal. An manchen Tagen überwiegt die psycho-soziale Betreuung von Patienten, die uns direkt in der Praxis konsultieren oder die Aufmerksamkeit einer unserer Arzthelferinnen direkt oder telefonisch über einen längeren Zeitraum benötigen. Die Arbeit eines Hausarztes geht weit über die „rein“ medizinische Versorgung oder die Koordination von Gesundheitsleistungen hinaus. Neben beratenden Gesprächen bei psychischen und auch sozialen Problemen erstellen wir noch eine Vielzahl von Attesten für Arbeitsämter, Sozialämter, Schulen - die Liste ließe sich fortsetzen. Die Menschen kommen nicht zu oft zum Arzt, sondern der Aufgabenbereich des Hausarztes ist eben sehr breit definiert.

*Dr. Klaus-Jürgen Harloff,
hausärztlicher Internist
in Wilhelmsburg*

„Sorgfältig belegt ist nichts“

■ Warum gehen die Deutschen so oft zum Arzt? Prof. Dr. Hendrik van den Bussche über voreilige Hypothesen, mögliche Steuerungsinstrumente und die „Kultur der Inanspruchnahme“.

Sie haben die verfügbaren Studien zur Arbeitsbelastung von Vertragsärzten ausgewertet.* Ist die Frequenz der Patientenkontakte in Deutschland tatsächlich so viel höher als in anderen Ländern?

Ja. Alle Studien sagen in der Tendenz das Gleiche: Ein niedergelassener Arzt in Deutschland sieht pro Woche mindestens 30 Prozent mehr Patienten als ein niedergelassener Arzt in vergleichbaren Ländern. Die Konsultationsdauer ist dementsprechend kürzer. Statistisch gesehen geht der durchschnittliche Deutsche 1,5 mal pro Monat zum niedergelassenen Arzt. Bei den über 65jährigen liegt die Frequenz pro Monat schon

bei 2,2. Der durchschnittliche Brite oder Niederländer hingegen kommt nur vier bis fünf Mal pro Jahr in die Arztpraxis.

Vor und während des Ärztetages wurde das Thema heftig diskutiert...

Ja. Offenbar gibt es einen Konsens darüber, dass etwas unternommen werden muss. Als ich mich Anfang dieses Jahres mit diesem Thema zu beschäftigen begann, hatte ich noch den Eindruck: Das interessiert eigentlich niemanden. Die Forschung über die Gründe für diese Konsultationshäufigkeit steht noch ganz am Anfang. Es gibt keine Studien, die aufzeigen, warum die Deutschen so häufig zum Arzt gehen.

Man weiß nichts über die Gründe?

Nein. Es gibt nur einzelne Hypothesen, keine wissenschaftliche Untersuchung. KV-Nordrhein-Chef Leonhard Hansen macht vor allem die Patienten für die hohe Inanspruchnahme verantwortlich und fordert ebenso wie der Kieler Gesundheitswissenschaftler Fritz Beske eine stärkere Eigenbeteiligung. Hansen spricht aber auch – im Einklang mit SPD-Gesundheitsexperte Karl Lauterbach – von zu häufigen Wiedereinbestellungen durch Ärzte. Sorgfältig belegt ist nichts. Sind es vor allem die Hausärzte, die Patienten wieder einbestellen, oder die

Fortsetzung auf S. 6

Prof. Dr. Hendrik van den Bussche ist Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin am UKE. Der gebürtige Belgier kennt die anderen europäischen Gesundheitssysteme und forscht unter anderem zur Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen in den Praxen.



Spezialisten? Wer wird wieder einbestellt? Inwiefern führt allein schon das Denken und Abrechnen in Quartalen zu einem Mehr an Inanspruchnahme? Keiner weiß das. Dennoch kommen von allen Seiten Lösungsvorschläge, als wäre die Sachlage bereits geklärt. Das ist aber nicht so.

Warum weiß man über dieses Thema so wenig?

Weil es lange nicht als Problem angesehen wurde und weil die Forschung aufwändig ist. Man müsste herausfinden, bei welchen Konsultationen es sich um

Dennoch gibt es zu einigen der diskutierten Steuerungsinstrumente ja bereits Erfahrungen. Nehmen wir die Praxisgebühr...

Eine höhere Selbstbeteiligung für Konsultationen spüren natürlich vor allem jene Patienten, die wenig Geld haben. Die ärmeren Leute sind nach den Erkenntnissen der Epidemiologie aber auch kränker. Als Steuerungsinstrument zur Vermeidung von überflüssigen Arztbesuchen taugt die Praxisgebühr also nicht. Außerdem ist der Effekt nur vorübergehend. In Deutschland gab es nach Einführung der Praxisgebühr einen kleinen Knick, dann pendelte sich die Zahl der Arzt-

besuche wieder auf dem alten Niveau ein und wuchs weiter, trotz Gebühr. Dennoch hat Belgien einer Studie der Universität Gent zufolge von allen untersuchten Ländern die geringste Anzahl der Patientenkontakte pro Woche und die längste Konsultationsdauer. Die Niederlande liegen nur im Mittelfeld.

Wie ist das zu erklären?

Es ist nicht das Vergütungssystem allein, das hier eine Rolle spielt. Da gibt es viele Faktoren. Niemand sollte denken, dass man nur einen Knopf zu drücken braucht, um soziale Prozesse ändern zu können. So einfach geht das nicht. Es gibt in Deutschland eine bestimmte Kultur der Inanspruchnahme, die sich über Jahrzehnte entwickelt hat.

>> Für die Schärfe, mit der das System kritisiert wird, habe ich keine Erklärung. <<

Erstkontakte, um von Patienten initiierte Folgekontakte oder um Wiedereinbestellungen durch den Arzt handelt. Darüber geben die Praxisdokumentationen und die Daten der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen nur bedingt Auskunft. Hier am Institut für Allgemeinmedizin des UKE versuchen wir derzeit zu rekonstruieren, wie sich Patienten mit Demenzverdacht oder mit Demenz über die Zeit in der vertragsärztlichen Versorgung bewegen. An diesem Projekt arbeiten wir bereits ein Jahr, und es wird noch etwas dauern, bis wir fertig sind. Und der Bereich Demenz ist ja nur ein kleiner Ausschnitt der vertragsärztlichen Versorgung.

besuche wieder auf dem alten Niveau ein und wuchs weiter, trotz Gebühr.

Welche Erfahrungen hat man mit pauschalierten Honorarsystemen gemacht? Helfen sie, unnötige Wiedereinbestellungen zu vermeiden?

Am beeindruckendsten fand ich immer das niederländische Modell. Dort bekommen die Spezialisten eine Einzelleistungsvergütung, die Hausärzte hingegen sind pauschaliert. Für die Patienten, die sich bei einem Hausarzt einschreiben, bekommt dieser eine Pauschale – unabhängig davon, ob sie zehnmal pro Jahr kommen oder gar nicht. Und die Liste des Haus-

Könnte ein Gatekeeper-Modell nicht die gewohnten Verhaltensweisen ändern?

Das ist nicht geklärt. Ob eine Steuerung der Inanspruchnahme innerhalb von Hausarztmodellen möglich ist, würde sich meiner Einschätzung nach frühestens in 15 bis 20 Jahren erweisen. Im Übrigen hat der Hausarzt in einem Gatekee-



Volle Wartezimmer: „Niemand sollte denken, dass man nur einen Knopf zu drücken braucht, um soziale Prozesse ändern zu können.“

ping-Modell mehr Aufgaben und dafür braucht er natürlich auch die Ressourcen und die Zeit. Und das Gatekeeping braucht flankierende edukative Maßnahmen gegenüber den Patienten.

Ist die ganze Diskussion über die hohe Inanspruchnahme also überflüssig?

Nein, keineswegs. Wir müssen die wertvolle Arbeitskraft des Arztes optimal einsetzen und jenen Patienten zu ihrem Recht verhelfen, die eine intensivere ärztliche Kommunikation und Betreuung benötigen. Wir müssen uns fragen, wo Zeit eingespart werden kann. Gibt es Anliegen, die nicht unbedingt vom Arzt abgearbeitet werden müssen? Die Hausärzte beispielsweise denken derzeit darüber nach, ob nicht ein Teil der Hausbesuche durch qualifizierte

Fachangestellte erledigt werden kann. In England werden bestimmte präventive Tätigkeiten von einer eigenen Berufsgruppe ausgeführt: Die „health visitors“ gehen in die Wohnungen der Patienten. Sie sind Angestellte der Ärzte und gehören zu deren Team. Das sind interessante Ansätze, aber Sie merken schon: Mit der Forderung nach grundlegenden Reformen bin ich vorsichtig. Die Lösung liegt nicht auf der Hand. Ich kenne kein Gesundheitssystem, das ganz anders strukturiert ist als das deutsche – und deutlich weniger Probleme macht.

Woran liegt es denn, dass die deutsche Öffentlichkeit und die deutsche Ärzteschaft dem eigenen Gesundheitssystem so kritisch gegenüberstehen?

Dafür habe ich keine Erklärung. Die Zugangsbedingungen im

ambulantem wie im stationären Bereich sind so großzügig wie in kaum einem anderen Land der Welt. Wartelisten wie in England oder den Niederlanden gibt es noch immer nicht. Auch die Restriktionen für Ärzte sind in Deutschland keineswegs strenger als anderswo. Alle Länder mit einem Sozialversicherungssystem oder einem National Health Service rahmen die Ärzte ein – sowohl was Verschreibungsobergrenzen als auch was Berufsausübungsbedingungen angeht. Mit den objektiven Rahmenbedingungen allein ist die Schärfe der Kritik nicht erklärbar.

Interview: Martin Niggeschmidt

*Die Studie „Berufliche Situation und Arbeitszufriedenheit bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland“ von Prof. Dr. Hendrik van den Bussche erscheint in: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Report Versorgungsforschung Band 2. Deutscher Ärzte-Verlag. Köln 2009.

Debatte: Sollten die Honorare weiter pauschaliert werden?

■ Pro: Pauschalen reduzieren den Anreiz für Leistungsausweitung

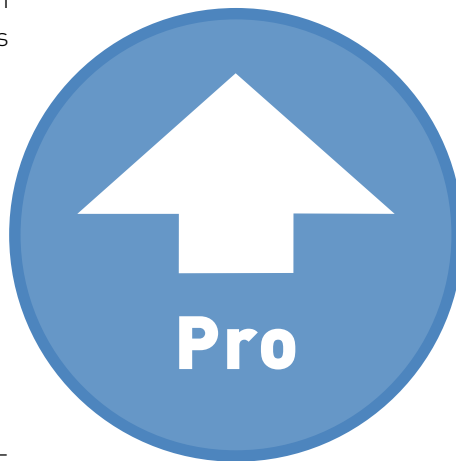
„Von 1000 medizinischen Problemen können 900 von den Betroffenen selbst gelöst werden. Von den verbliebenen 100 Problemen, die einen Menschen in das System der Gesundheitsversorgung führen, können 90 beim Allgemeinmediziner geklärt werden. Von den verbliebenen zehn müssen neun zum Facharzt und ein Patient muss ins Krankenhaus.“

Dieser sozialmedizinischen Faustregel – vom Allgemeinmediziner Harald Kamps im Deutschen Ärzteblatt (19.1.2007) zitiert – sollte das Honorarsystem der Vertragsärzte Rechnung tragen.

Ich plädiere für ein Honorarsystem, das den Anreiz für Leistungsausweitung bei den Erbringern reduziert. Nur noch wirklich Indiziertes sollte erbracht werden, so dass wieder

Ebenfalls sollten die Arbeitgeber bei solchen Erkrankungen auf eine sofortige „Krankschreibung“ verzichten.

Die Praxiskosten sollten als Sockelbetrag übernommen werden. Dieser wird durch Be-



triebswirte ermittelt und nach dem Verfahren „der Beste ist das Vorbild“ optimiert. Wo zur

auch in Form von Hausarztzentren an Krankenhäusern.

Der Vertragsarzt wird nicht mehr nach Einzelleistungen bezahlt, sondern nach Arztstunde. Er bekommt ein Gehalt – zum Beispiel in Anlehnung an den vom Marburger Bund abgeschlossenen Tarifvertrag für Klinikärzte (TV-Ärzte) zuzüglich Privatliquidation mit einer Abstufung nach Größe und Angebot der Versorgungseinheiten. Die

Honorierung erfolgt über alle Fachgruppen gleich.

In diesem Modell bekäme der Arzt endlich eine nachvollziehbare Abrechnung.

Der Wegfall von Fehlanreizen würde dazu führen, dass wieder mehr Zeit für Patienten zur Verfügung stünde, die unsere medizinische Hilfe tatsächlich nötig haben. So würden die begrenzten Ressourcen sinnvoll eingesetzt – und unser Beruf würde wieder Spaß machen.

>> Die Vertragsärzte sollten ein Gehalt bekommen. <<

Platz ist für eine zeitnahe Versorgung, auch im Facharztbereich.

Dazu müssten die Patienten in Rückbesinnung die Frage „Was hat Mutter oder Großmutter bei Bagatellerkrankungen gemacht?“ geschult werden.

Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und der Versorgung die Zusammenlegung von Praxen sinnvoll ist, gibt es einen Anreiz, dies zu tun. Wo Leistungen kostengünstiger am Krankenhaus erbracht werden, sollten sie dort von niedergelassenen Ärzten erbracht werden, wenn sinnvoll



Norbert Eckhardt,
Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin in Fischbek

■ Contra: Pauschalen laden das Mengenrisiko bei den Ärzten ab

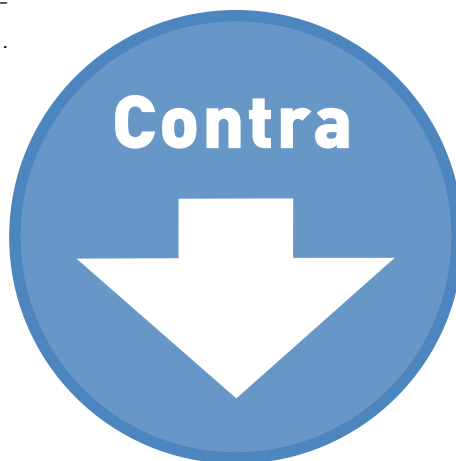
Die hausärztlichen Leistungen sind im EBM fatalerweise bereits weitgehend pauschaliert. Durch die Lockangebote (80 Euro) einer weiteren Pauschalierung der Honorare wird das Mengenrisiko voll und ganz bei den Ärzten abgeladen. Das ist ein Problem. Ich kann die Menge der anfallenden Leistungen nur begrenzt steuern. Wenn die Patienten intensiv behandelt werden müssen, wenn plötzlich mehr Hausbesuche anfallen, wenn in Zukunft weitere hochspezifische Leistungen im fachärztlichen Bereich koordiniert werden müssen – dann möchte ich für meine Mehrarbeit bezahlt werden.

Was sollte eine Krankenkasse davon abhalten, große Kampagnen für werbewirksame Gesundheitsangebote im Haus-

>> Alles inklusive?
Das freut die Kassen. <<

arztmodell zu fahren – wenn alles durch eine Pauschale abgegolten ist? Was passiert, wenn die Patienten von ihrer Kasse dazu gedrängt werden, sorgfältig auf ihre Gesundheit zu achten und deshalb immer häufiger in die Praxen kommen, um jedes noch so geringe Risiko

auszuschließen? Kein Problem, sagt die Kasse. Alles inklusive. Gerne auch abends, am Wochenende und auch nachts. Die schon große Erwartungshaltung über WANZ (wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig) hinaus wird bei



den Patienten weiter gesteigert. Die Zeche zahlen die Ärzte! Und schlimmer noch: Die Ärzte ma-

chen sich zu Steigbügelhaltern dieser subtilen Politik- und Kassenkampagne.

Das Risiko der Mengenentwicklung den Ärzten aufzubürden, ist für die Kassen höchst elegant. Es stärkt nämlich auch deren Position bei den Hono-

rarverhandlungen. Wenn keine Einzelleistungen abgerechnet werden, bleibt die Morbiditätsentwicklung völlig im Dunkeln. Die alleinige ICD-Codierung mit 10 oder mehr Diagnosen sagt nichts über den Arbeitsaufwand aus. Ohne Daten über die tatsächliche Leistungsentwicklung in Honorarverhandlungen mit den Kassen zu gehen, ist für jeden Ärztevertreter ein Alptraum. Last but not least führt Pauschalierung geradewegs zur Entindividualisierung der Patienten, der Behandlung und der Ärzte. Letztendlich im Verbund mit der Einschreibeverpflichtung der Patienten steuern wir stracks auf eine Planmedizin mit angestellten, uniformierten, weisungsgebundenen Staatsmedizinerinnen zu – ärztliche Freiheit ade!

Pauschalierung nein danke!



*Dr. Gerhard Lange-Manchot,
Facharzt für Allgemeinmedizin
in Hohenfelde*

Neuausrichtung des Systems?

- Die KBV prophezeit die Verstaatlichung des Gesundheitswesens, Politiker streiten über die Grenzen des Wettbewerbs - Impressionen einer Podiumsdiskussion beim „Tag der Niedergelassenen“.

Verplant, verkauft und verstaatlicht – so sieht die Zukunft der ambulanten Versorgung in den Augen von Dr. Andreas Köhler aus. Mit seiner düsteren Prognose eröffnete der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) die Podiumsdiskussion am „Tag der Niedergelassenen“, den die KBV erstmals im Rahmen des Hauptstadtkongresses Medizin und Gesundheit am 29. Mai 2009 in Berlin organisiert hatte.

„Unter dem Segel des Wettbewerbs hat der Gesetzgeber in den vergangenen zehn Jahren die Strukturen des Gesundheitswesens verändert und damit die Frage aufgeworfen, ob der Arztberuf überhaupt noch ein freier

Dieser Einschätzung mochte sich Franz Knieps, Hauptabteilungsleiter im Bundesministerium für Gesundheit (BMG), erwartungsgemäß nicht anschließen: „Die Leistungserbringer verlangen zwar unisono eine Deregulierung des Systems – doch gleichzeitig stapeln sich täglich ihre Anfragen und Forderungen bei uns, weil Einzelne noch mehr Dinge bis ins kleinste Detail geregelt haben möchten.“

Vehement widersprach Knieps auch dem Eindruck Köhlers, das BMG wolle das System verstaatlichen: „Es ist ein Wahn zu glauben, wir wollten das Gesundheitswesen übernehmen und zentral steuern, das geht

stimmt die These von Herrn Köhler, dass der Staat spürbar mehr Einfluss nimmt.“ Es gebe viele raffinierte Bausteine, anhand derer die zentralistische Neuausrichtung des Gesundheitswesens deutlich werde. Als Beispiele nannte Bahr die Einführung des GKV-Spitzenverbandes auf Bundesebene und des Gesundheitsfonds sowie die Festsetzung eines einheitlichen GKV-Beitragssatzes per Gesetz: „Letzteres ist im Grunde nichts anderes als eine Entscheidung der Regierung über die Höhe des Globalbudgets für die gesetzliche Krankenversicherung.“

Die Aussage von Gesundheitsministerin Ulla Schmidt, es gebe für niedergelassene Ärzte seit Jahresbeginn keine Budgets mehr, bezeichnete Bahr als irreführend: „Das ist eine akademische Diskussion, denn es gibt ja weiterhin eine klare Mengengrenzung. Honorare in Euro und Cent werden nur bis zu einer bestimmten Obergrenze gezahlt, danach wird abgestaffelt – das ist lediglich eine neue Form der Budgetierung!“

An dieser Stelle meldete sich auch der CDU-Vertreter auf dem Podium, Dr. Hans-Georg Faust, zu Wort, der während der gesamten Diskussion eher still im Hintergrund verharrte. Mit Blick auf die Honorarreform forderte

>> Die Rahmenbedingungen des Vertragswettbewerbs sind „suboptimal“. <<

Beruf ist“, sagte Köhler vor rund 400 Teilnehmern.

Die im Zuge unzähliger Reformen verabschiedeten Gesetze besäßen mittlerweile eine Regelungstiefe, die bis hinein in das Arzt-Patientenverhältnis wirke und gleichzeitig den Handlungsspielraum der ärztlichen Selbstverwaltung massiv einschränke. Im Hause Ulla Schmidts verfolgte man offensichtlich die Vision einer Versorgung mit Ärzten als Staatsbediensteten.

gar nicht!“ Die ärztliche Selbstverwaltung sei weiterhin nicht dem Ministerium unterstellt, sondern genieße den Status einer Körperschaft öffentlichen Rechts.

Anders hingegen die Einschätzung Daniel Bahrs, der als gesundheitspolitischer Sprecher der FDP-Bundestagsfraktion an der Gesprächsrunde teilnahm. „Natürlich will das Ministerium die KVen nicht von heute auf morgen abschaffen. Dennoch



Braucht es zur Sicherung der Grundversorgung einen Kollektivvertrag? Keine Einigkeit zwischen Dr. Hans-Georg Faust (CDU), Daniel Bahr (FDP), KBV-Chef Dr. Andreas Köhler und Franz Knieps vom Bundesgesundheitsministerium (von links nach rechts)

der Arzt und Gesundheitspolitiker, die Mittelknappheit müsse endlich offen diskutiert werden: „Die Rationierung ist auf Seiten der Ärzte durch die Budgets längst Realität, nun muss diese Debatte auch in die Gesellschaft getragen werden.“

Angesichts der klar begrenzten Finanzmittel erklärte Köhler, die Selbstverwaltung könne nicht alle Probleme über die Honorarverteilung steuern: „Wir brauchen stattdessen eine Steuerung über die Strukturen des Systems. Wir leisten uns derzeit einen riesigen Leistungskatalog, zu dem die Versicherten ungehinderten Zugang haben“, so der KBV-Chef. Weltweit lägen die Deutschen bei der Zahl der Arztbesuche an der Spitze, monierte Köhler, und empfahl als Steuerungsinstrument eine andere Form der Eigenbeteiligung. „Immer mit einer sozialen Komponente, aber nicht wie die Praxisgebühr, die nicht wirkt, weil 68 Prozent der Versicherten von ihr befreit sind.“

Knieps stimmte Köhler zwar spontan zu, dass die Inanspruchnahme von Leistungen im Gesundheitswesen durch eine geeignete Steuerung zurückgefahren werden müsse. Er gab allerdings zu bedenken: „Wer das Problem auf der politischen Bühne mit dem Instrument höherer Selbstbeteiligung lösen möchte, dem wünsche ich schon jetzt gute Reise!“

Ob der Sicherstellungsauftrag künftig Aufgabe der Selbstverwaltung bleiben und wie ein Wettbewerb um die Versorgung gestaltet werden soll, konnten die Experten auf dem Podium bis zum Ende der Veranstaltung nicht zufriedenstellend beantworten. BMG-Mann Knieps gab zu, dass die Rahmenbedingungen für die Koexistenz von Kollektiv- und Selektivverträgen derzeit „nur suboptimal organisiert“ seien. Der Paragraph 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung werde aber sicher nicht wieder abgeschafft – höchstens modifiziert.

„Eine KV als Resteverwalter will auch das Bundesgesundheitsministerium nicht“, so Knieps.

KBV-Chef Köhler bekräftigte seine Forderung, den Kollektivvertrag in der Grundversorgung zu erhalten und ihn lediglich durch Selektivverträge für die spezialisierte Versorgung zu ergänzen. In seiner aktuellen Form sei der Paragraph 73b SGB V jedoch ein Substitutionsvertrag neben dem Kollektivvertrag, kritisierte Köhler: „Das geht so nicht, so halten die KVen das nicht aus.“

Rückendeckung erhielt der KBV-Vorsitzende auch in diesem Punkt vom FDP-Abgeordneten Bahr: Als Liberaler habe er zwar grundsätzlich erst einmal Bauchschmerzen bei den Stichworten „Zwangsmitgliedschaft“ und „Körperschaft öffentlichen Rechts“: „Doch die Alternativen zur KV wären Staatsmedizin oder allmächtige Kassen.“

Antje Soleimanian



Fragen und Antworten

■ In dieser Rubrik greifen wir Fragen des Praxisalltags auf, die unserem Infocenter gestellt wurden. Wenn Sie selbst Fragen haben, rufen Sie bitte an. Infocenter Tel: 22802-900

1 Ich bin Allgemeinmediziner und soll für ein Kind eine Verordnung zum Logopäden für Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie ausstellen. Darf ich diese Verordnung ausstellen oder ist dazu nur der Hals-Nasen-Ohrenarzt berechtigt?

Auch Allgemeinmediziner dürfen Stimm-, Sprech- und/oder Sprachtherapie verordnen. Wichtig ist, dass vor der Erstverordnung eine Eingangsdagnostik und vor der Folgeverordnung eine erneute störungsbildabhängige Erhebung des aktuellen Befundes stattgefunden hat. Hierbei kann auch auf Fremdbefunde zurückgegriffen werden.

2 Ich bin Hausarzt und werde öfter gebeten, Blutdruckmessgeräte zu verordnen. Meines Erachtens kann ich

die Verordnung jedoch nur in Ausnahmefällen vornehmen. Stimmt das?

Ja. Eine Verordnung zur regelmäßigen häuslichen Überwachung ist in folgenden Fällen möglich:

- Hypertonus, der medikamentös nur schwer behandelbar ist und bei dem der Patient nach ärztlicher Anleitung die Medikation selbst anpassen kann, oder der dauerhaft einer engmaschigen Überwachung bedarf,
- Hypertonie mit fortschreitenden Folgeschäden (zum Beispiel des Herzens, der Gefäße, oder der Nieren), die den Patienten erheblich gefährden - wenn eine engmaschige Überwachung erforderlich ist,
- Zustand nach Nieren- oder Herztransplantation

3 Ich habe vor kurzem einen Patienten mit europäischer Krankenversichertenkarte behandelt und dafür das Muster 80 und 81 (Dokumentation des Behandlungsanspruches von im Ausland Versicherten) ausgefüllt. Nach der Behandlung stellte sich heraus, dass der Patient auf Grund der Erkrankung zum Facharzt überwiesen werden muss. Ist es richtig, dass der Facharzt auch wieder die Muster 80 und 81 ausfüllen muss?

Ja. Auch bei dem Facharzt, der die Überweisung annimmt, muss das Muster 80 und 81 ausgefüllt werden.

Die Abrechnung der Leistung erfolgt über die beim erstbehandelnden Arzt gewählte deutsche Krankenkasse (BMV-Ä/EKV - Anlage 20).

4 Wir haben gelesen, dass Beamte seit neuestem auch die Kassengebühr zahlen müssen. Stimmt das?

Ja, aber die Kassengebühr wird in diesen Fällen nicht in der Praxis entrichtet. Sie erstellen – wie gewohnt – die Rechnung an die Patienten.

Wenn diese dann bei der Beihilfe eingereicht wird, wird dort die Kassengebühr von dem erstattungsfähigen Betrag abgezogen.

5 Stimmt es, dass die Originalscheine der Patienten der Bundeswehr und des Zivildienstes demnächst nicht

mehr bei der Quartalsabrechnung abgegeben werden müssen?

Ja, ab dem 3. Quartal ist dies nicht mehr notwendig – Sie müssen also letztmalig die Scheine aus dem 2. Quartal 09 mit der Abrechnung abgeben (siehe Seite 16).

Neues Informationsportal

■ Online-Arztbibliothek bietet geprüftes medizinisches Wissen

Die KBV bietet ein neues Informationsportal im Internet an. Die „Arztbibliothek“ ermöglicht den schnellen Zugriff auf ausgewählte Behandlungsleitlinien, Praxishilfen und Patienteninformationen. Ebenso verfügbar sind Cochrane-Reviews und aktuelle Evidenzberichte. Weiterhin erhält der Nutzer Zugang zur Online-Datenbank der Deutschen Zentralbibliothek für Medizin sowie zu Richtlinien und Gesetzesquellen.

„In Zeiten der Informationsüberflutung liefert dieser Service zuverlässige und aktuelle Fakten. Eine effiziente Recherche bedeutet für Ärzte letztlich auch mehr Zeit für ihre Patienten“, so Dr. Andreas Köhler, Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), anlässlich der Freischaltung des Portals am 25. Mai 2009. Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat das

Internetangebot im Auftrag der KBV entwickelt. Es stellte die Informationen zusammen und prüfte sie auf Relevanz für die vertragsärztliche Versorgung sowie auf Qualität und Vertrauenswürdigkeit. Das Angebot wird laufend erweitert.

Der neue Service ist über die folgende Adresse erreichbar: www.arztbibliothek.de/

Korrektur

■ Abrechnung von durch Zahnärzte überwiesenen Patienten

Im KVH-Journal 3/2009 hieß es auf Seite 13 unter der Überschrift „Zahnärzte können formlos an Ärzte überweisen“: „Der

auftragnehmende Vertragsarzt rechnet seine Leistungen auf einem selbst ausgestellten Überweisungsschein ab (Scheinun-

tergruppe 24).“ Das ist falsch. Richtig muss es heißen: Scheinuntergruppe 21. Wir bitten den Fehler zu entschuldigen.

Medi-Convent ist insolvent

■ Versichertenkarten sind ungültig

Die Managementgesellschaft Medi-Convent hat im April 2009 Insolvenz angemeldet und alle Zahlungen eingestellt. Der Integrationsvertrag zwischen Medi-Convent und der Novitas BKK wurde gekündigt. Die Novitas BKK ist Rechtsnachfolgerin der BKK Gruner + Jahr, die den Integrationsvertrag im Jahr 2006 mit Medi-Convent abgeschlossen hatte.

Medi-Convent war eine im Jahr 2004 von Ärzten gegründete Managementgesellschaft, die gegen eine Pauschale die Budgetverantwortung für die Versorgung der Versicherten übernahm. Seit das Insolvenzverfahren läuft, sind Medi-Convent-Patienten durch Rechtsnachfolge Mitglieder der Novitas BKK – sofern sie ihre Mitgliedschaft nicht gekündigt haben.

Versichertenkarten von Medi-Convent sind ungültig. Die Novitas-BKK hat inzwischen ihre eigenen Karten an die ehemaligen Medi-Convent-Patienten ausgegeben.

Wenn im Einzelfall ein Patient innerhalb von 10 Tagen keinen gültigen Versichertenausweis vorlegt, kann Privatvergütung verlangt werden.

Amtliche Veröffentlichungen

DMP Brustkrebs

Umstellung auf elektronische Dokumentation – Laut RSAV ist auch für das DMP Brustkrebs ab 1. Juli 2009 die elektronische DMP-Dokumentation vorgeschrieben.

Ansprechpartner: Hotline der Datenstelle Inter-Forum Tel.: 0341 / 259 20-43

3. Nachtrag Sprechstundenbedarfsvereinbarung

Unterschriftenverfahren ist abgeschlossen – Im Internet wurde unter „Amtliche Veröffentlichungen“ der 3. Nachtrag zur Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf vom 01.01.2009 unter Vorbehalt veröffentlicht, um Sie rechtzeitig zu informieren.

Das Unterschriftenverfahren ist nun abgeschlossen und der Vertrag somit gültig.

2. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab vom 26.11.2008

Amtliche Veröffentlichung im Internet – Den 2. Nachtrag zum Verteilungsmaßstab vom 26. November 2008 finden Sie auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg unter: www.kvhh.de → Amtliche Veröffentlichungen

Die Erklärungsfrist der Behörde für Soziales, Familie, Gesundheit und Verbraucherschutz war zum Zeitpunkt der Veröffentlichung noch nicht abgelaufen.

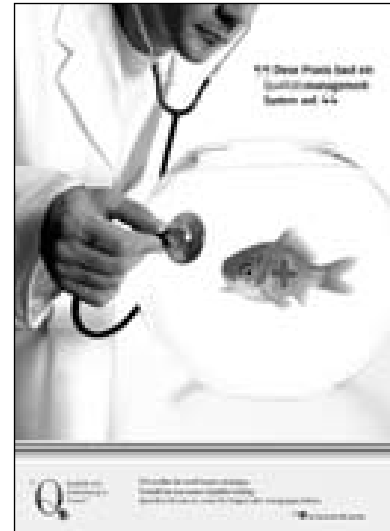
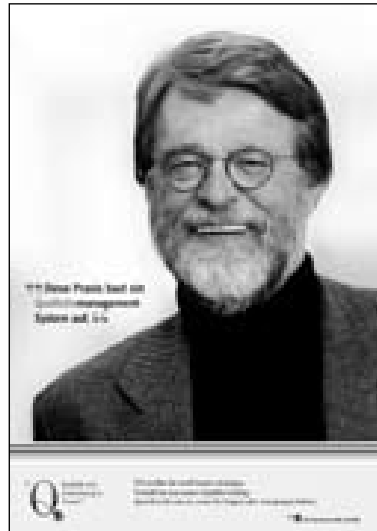
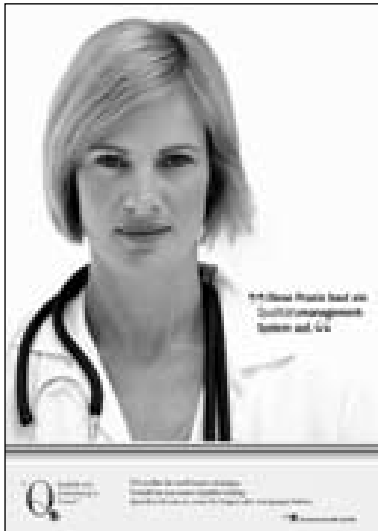
DMP: Welche BKKn sind dabei?

Aktualisierte Listen im Internet – Die Listen der den DMP beigetretenen BKKn sind aktualisiert worden und auf unserer Homepage veröffentlicht:

www.kvhh.de → DMP → jeweiliges DMP - Liste der dem Vertrag beigetretenen BKKn

Sollte die Einsichtnahme im Internet nicht möglich sein, stellen wir Ihnen die Seiten gern in Papierform zur Verfügung.

Ansprechpartner: Infocenter der KV Hamburg, Tel.: 22 802-900



Dass Ihre Praxis gut organisiert ist, interessiert auch Ihre Patienten. Diese Poster können Sie auf der Homepage der KBV herunterladen: www.kvhh.net → Qualitätsmanagement → Poster zum download oder <http://www.kbv.de/qep/13675.html>

Qualitätsmanagement: Sind Sie in der Zeit?

■ Umsetzungsphase endet zum Jahreswechsel

Alle Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten, die sich vor dem 1. Januar 2006 niedergelassen haben, sollten die Planungsphase zur Einführung eines Qualitätsmanagementsystems bereits abgeschlossen haben und sich derzeit in der Umsetzungsphase befinden. Die gesetzlich vorgeschriebene Umsetzungsphase endet am 31. Dezember 2009.

Nach wie vor bietet die KV Hamburg die bewährten und kostengünstigen Einführungsseminare für das Qualitätsmanagement-System QEP an (siehe innere hintere Umschlagseite des Hefes). Im Seminar beginnt bereits der aktive Einstieg ins praxisinterne Qualitätsmanagement durch Erarbeitung erster Dokumente und interner Regelungen. Der kollegiale Austausch während des Seminars trägt

dazu bei, Qualitätsmanagement für die Teilnehmer greifbar zu machen und erleichtert die spätere Umsetzung in der eigenen Praxis. Zusätzlich bietet die KV Vertiefungsseminare an, die dazu befähigen, bis zur Zertifizierungsreife zu gelangen. Derzeit ist eine Zertifizierung zwar noch nicht gesetzlich gefordert, immer mehr Praxen möchten sich allerdings freiwillig der Zertifizierung stellen.

Welche Praxen sind bereits zertifiziert?

Bitte melden Sie der KV, wenn Ihre Praxis bereits eine Zertifizierung über die Einführung und Anwendung von Qualitäts-

management erworben hat. Wir würden uns freuen, wenn Sie uns eine Kopie des Zertifikats schicken oder faxen.

*Ansprechpartnerin:
KV Hamburg, Ursula Dudziak
Humboldtstr. 56, 22083 Hamburg
Tel: 22802-633 · Fax: -420*

Bundeswehr I: Überweisung von Zivilpatienten

■ Scheine werden mit dem Bundeswehrkrankenhaus abgerechnet

Überweisungsscheine der Bundeswehr für Zivilpatienten können nicht über die KV abgerechnet werden. Der niedergelassene Arzt muss für diese Patienten eine Kostenübernahmeerklärung ausstellen und diese direkt mit

der Verwaltung des Bundeswehrkrankenhauses abrechnen. Oft ist aus den vom Bundeswehrkrankenhaus ausgestellten Überweisungsscheinen nicht ersichtlich, ob es sich bei den Patienten um Bundeswehrangehörige oder um

Zivilisten handelt. Deshalb kommt es immer wieder vor, dass niedergelassene Ärzte Leistungen für Zivilpatienten irrtümlicherweise über die KV abrechnen – was zu verspäteter Begleichung des Honorars führt.

Bundeswehr II: Feststellung der Wehrdiensttauglichkeit

■ Nur die mit dem Auftrag in Zusammenhang stehenden Leistungen sind von der Überweisung abgedeckt

Wenn die Bundeswehr einen Patienten zur Feststellung der Wehrdiensttauglichkeit an einen niedergelassenen Arzt überweist, dürfen nur Leistungen abgerechnet werden, die im direkten Zusammenhang mit diesem Auftrag stehen.

Der Patient ist noch nicht bei der Bundeswehr eingestellt

und somit dort noch nicht versichert. Sind über den Auftrag der Bundeswehr hinausgehende diagnostische oder therapeutische Leistungen erforderlich, muss der Arzt deshalb einen weiteren Überweisungsschein vom Kreiswehrrersatzamt anfordern.

Auch die Überweisung an andere berechnete Ärzte bedarf der

Ausstellung eines neuen Überweisungsscheines. Leistungen, die nicht zur Feststellung der Wehrdiensttauglichkeit gehören (beispielsweise die Beratung des Patienten oder die Ausstellung eines Rezeptes) muss der Arzt mit der gesetzlichen Krankenkasse des Patienten abrechnen. Dabei fällt eventuell auch die Praxisgebühr an.

Sonstige Kostenträger „Zivildienst“ und „Bundeswehr“

■ Keine Scheinabgabe mehr erforderlich

Mit Wirkung zum 3. Quartal 2009 ist es bei der Abrechnung der Sonstigen Kostenträger „Zivildienst“ und „Bundeswehr“ nicht mehr erforderlich, den jeweiligen Behandlungsschein zur Abrechnung bei der KV einzureichen - die Abrechnung erfolgt

ab 1. Juli 2009 ausschließlich elektronisch. Bitte beachten Sie, dass Sie dafür bei diesen Versicherten die „Personalkennnummer“ (Feldkennung 4124, SKT-Zusatzangabe) sowie gegebenenfalls die Zivildienstdauer beziehungsweise das Gültig-

keitsdatum des Behandlungsscheines (Feldkennung 4125) in der Praxis-Software erfassen müssen. Diese Daten sollten von Ihrer Praxis-Software automatisch abgefragt werden, wenn Sie einen Schein „Zivildienst“ oder „Bundeswehr“ anlegen.

Schweinegrippe

■ Kostenerstattungsverfahren bei Influenza-Schnelltest / Ist Infektion nachgewiesen, müssen Leistungen gekennzeichnet werden

Besteht bei einem Patienten der konkrete Verdacht auf Infektion mit der sogenannte Schweinegrippe, soll nach Empfehlung des Robert-Koch-Instituts (RKI) in der Praxis ein Influenza-Schnelltest vorgenommen werden. Für diese Leistung gibt es im EBM keine Abrechnungsziffer. Die Abrechnung erfolgt auf Basis der Kostenerstattung. Der Arzt stellt eine GOÄ-Rechnung analog der Ziffer 4668 mit 1,15 fachem Satz in Höhe von 22,12 Euro aus. Die Krankenkasse des Patienten muss die Kosten für den Schnelltest übernehmen. Ist in der Praxis kein Schnelltest verfügbar, sendet der Arzt die entnommene Probe schnellstmöglich an ein Labor, das einen labordiagnostischen Virus-

nachweis durchführen kann. Die Kosten des Probenverkehrs sind in Höhe von 2,60 Euro geltend zu machen und ebenfalls im Rahmen der Kostenerstattung zu vergüten.

Bei nachgewiesener Infektion mit dem H1N1-Virus sind die zur Behandlung der Krankheit erforderlichen Leistungen auf

den Abrechnungsunterlagen mit der Ziffer 88200 zu kennzeichnen. Das ist wichtig, weil die Krankenkassen Mehrkosten finanzieren müssen, wenn im Zusammenhang mit Schweinegrippe-Fällen ein nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs entsteht.

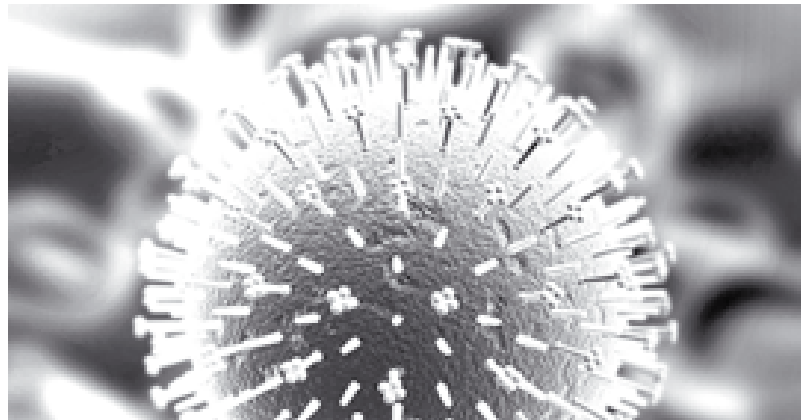


Foto: Sebastian Kautitzki - Fotolia

Abgabe der Abrechnungsunterlagen II. Quartal 2009

1. Juli 2009 bis 15. Juli 2009

im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Mo. - Fr. von 7.00 bis 16:30 Uhr und Sa. von 7.00 bis 13.00 Uhr

Die Frist zur Abgabe der Behandlungsausweise kann nur in begründeten Fällen verlängert werden. Ein Antrag auf Fristverlängerung muss gem. § 1 Abs. 2 der Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Hamburg mit schriftlicher Begründung vor Ablauf der Ab-

gabefrist bei der KV Hamburg vorliegen.

Für ungenehmigt verspätet eingereichte Abrechnungsunterlagen wird für jeden über die Frist hinausgehenden Kalendertag eine Versäumnisgebühr von 20 Euro berechnet. Außerhalb der oben genannten Abgabezeiten

können die Abrechnungsunterlagen nur nach Rücksprache mit der zuständigen Abrechnungsabteilung abgegeben werden.

*Den richtigen Ansprechpartner vermittelt das Infocenter:
Tel: 22802 - 900*

KOSTENLISTE FÜR HEILMITTEL

■ Vergütung der beiden Kassenarten

Wir haben die Vergütungslisten der Kassenarten für Sie zusammengeführt - um Ihnen den Überblick zu erleichtern und Ihnen die Möglichkeit zu geben, Ihre Verordnungstätigkeit schon im Vorwege zu überprüfen. Die Liste wurde im Mai 2009 erstellt. Im Einzelnen sind kurzfristige Änderungen besonders im Primärkassen-Bereich möglich.



Foto: aabejon - istockphoto.com

PHYSIKALISCHE THERAPIE – Krankengymnastik (KG)	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Krankengymnastische Behandlung, auch auf neurophysiologischer Grundlage als Einzelbehandlung	13,87	14,17
Krankengymnastik in der Gruppe, 2 – 5 Patienten, je Patient	4,98	3,90
Krankengymnastik in der Gruppe, bei cerebral bedingten Funktionsstörungen für Kinder bis 14 Jahre, 2 - 4 Kinder, je Patient	9,39	8,27
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschl. Nachruhe, Einzelbehandlung	15,40	15,43
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschl. Nachruhe Gruppenbehandlung, 2 – 3 Patienten, je Patient	10,82	11,36
Krankengymnastik im Bewegungsbad einschl. Nachruhe Gruppenbehandlung, 4 – 5 Patienten, je Patient	8,78	6,10
Krankengymnastik (Atemtherapie) zur Behandlung von Mucoviscidose und schweren Bronchialerkrankungen als Einzelbehandlung	41,06	41,78
Gerätegestützte Krankengymnastik (KG-Gerät) Parallele Einzelbehandlung bis zu 3 Patienten, je Patient	24,69	25,18
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, bis zur Vervollständigung des 18. Lj. nach Bobath, Vojta, als Einzelbehandlung	22,45	25,07
Krankengymnastik zur Behandlung von zentralen Bewegungsstörungen, nach Vervollständigung des 18. Lj. nach Bobath, Vojta, PNF, als Einzelbehandlung	18,32	19,52
Manuelle Therapie	16,83	15,76

PHYSIKALISCHE THERAPIE – Massagetherapie	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Klassische Massagetherapie (KMT) einzelner oder mehrerer Körperteile	8,96	9,53
Bindegewebsmassage (BGM) einzelner oder mehrerer Körperteile	8,96	9,42
Reflexzonen-, Segment-, Periost-, Colonmassage einzelner o. mehrerer Körperteile	8,96	9,42
Unterwasserdruckstrahlmassage + Nachruhe	14,38	16,21

PHYSIKALISCHE THERAPIE – Lymphdrainage (MLD)	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Teilbehandlung, mind. 30 Minuten	14,10	14,22
Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Großbehandlung, mind. 45 Minuten	21,15	21,20
Manuelle Lymphdrainage (MLD) – Ganzbehandlung, mind. 60 Minuten	30,56	35,67
Kompressionsbandagierung einer Extremität	5,74	5,81

PHYSIKALISCHE THERAPIE – Bewegungstherapie	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Übungsbehandlung – Einzelbehandlung	7,16	5,76
Übungsbehandlung – Gruppenbehandlung mit 2 – 5 Patienten, je Patient	3,95	3,90
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschl. Nachruhe – Einzelbehandlung	15,40	15,64
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschl. Nachruhe – Gruppenbehandlung mit 2 – 3 Patienten, je Patient	10,82	11,63
Übungsbehandlung im Bewegungsbad einschl. Nachruhe – Gruppenbehandlung mit 4 – 5 Patienten, je Patient	8,78	7,78
Chirogymnastik (funktionelle Wirbelsäulengymnastik)	10,37	9,98

PHYSIKALISCHE THERAPIE – Wärme-/Kältetherapie	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Wärmeanwendung mittels Strahler bei einem oder mehreren Körperteilen	3,77	2,94
Warmpackung einzelner oder mehrerer Körperteile	8,56	7,89
Heiße Rolle	5,82	6,55
Ultraschall-Wärmetherapie	6,31	7,20
Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor - Vollbad	22,68	28,92
Bäder mit Peloiden z.B. Fango, Schlick oder Moor - Teilbad	17,16	21,87
Kältetherapie bei einem oder mehreren Körperteilen	6,65	6,26

PHYSIKALISCHE THERAPIE – Elektrotherapie	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Elektrotherapie/-behandlung einzelner oder mehrerer Körperteile	4,28	4,08
Elektrostimulation bei Lähmungen	8,41	9,12
Hydroelektrisches Teilbad (Zwei-/Vierzellenbad)	6,21	7,08
Hydroelektrisches Vollbad (z.B. Stangerbad)	12,78	14,16
Kohlensäurebad	10,50	13,90

PHYSIKALISCHE THERAPIE – Traktionsbehandlung	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Traktionsbehandlung mit Gerät als Einzelbehandlung	4,53	4,22
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Inhalationstherapie	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Inhalationstherapie als Einzelbehandlung	4,06	4,45
PHYSIKALISCHE THERAPIE – D1 Standardisierte Heilmittelkombination	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
D1 Standardisierte Heilmittelkombination	31,00	30,83
PHYSIKALISCHE THERAPIE – Hausbesuche	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Hausbesuch, ärztlich verordnet, Zuschlag	10,40	10,30
Besuch mehrerer Patienten derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. auch Alten-/Pflegeheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang, je Patient	5,04	5,60
MEDIZINISCHE FUSSPFLEGE	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Hornhautabtragung/-bearbeitung an beiden Füßen	14,50	14,50
Hornhautabtragung/-bearbeitung an einem Fuß	8,70	8,70
Nagelbearbeitung an beiden Füßen	13,05	13,05
Nagelbearbeitung an einem Fuß	7,25	7,25
Podologische Komplexbehandlung an beiden Füßen (Hornhautabtragung u. Nagelbearbeitung)	26,10	26,20
Podologische Komplexbehandlung an einem Fuß (Hornhautabtragung u. Nagelbearbeitung)	14,50	14,50
Hausbesuch, ärztlich verordnet, Zuschlag	7,00	9,00
ERGOTHERAPIE	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Ergotherapeutische Funktionsanalyse und Anamnese einschl. Beratung	17,93	19,05
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen	21,75	25,61
Einzelbehandlung (bis zu 3 Einheiten an einem Tag) bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs bei motorisch-funktionellen Störungen	21,75 je Einheit	-
Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (1 mal pro Behandlungsfall - zuzüglich Kilometergeld von 0,30 Euro)	-	82,87
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei motorisch-funktionellen Störungen (3 – 5 Patienten)	8,91	8,91
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen	30,98	34,08
Einzelbehandlung (bis zu 3 Einheiten an einem Tag) bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen	30,98 je Einheit	-
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei sensomotorischen/perzeptiven Störungen, (3-5 Patienten), je Patient	11,53	11,53
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Einzelbehandlung	23,55	28,33

ERGOTHERAPIE	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Ergotherapeutisches Hirnleistungstraining, Gruppenbehandlung, (3-5 Patienten), je Patient	11,53	11,53
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen 60 – 70/75 Minuten	37,47	43,00
Ergotherapeutische Einzelbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung	37,47 je Einheit	78,62 120 -150 min.
Einzelbehandlung (bis zu 2 Einheiten an einem Tag) bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld im Rahmen eines Hausbesuchs bei psychisch-funktionellen Störungen	37,47 je Einheit	-
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen (3 - 5 Patienten), je Patient, 90 – 120 Minuten	21,23	21,23
Ergotherapeutische Gruppenbehandlung bei psychisch-funktionellen Störungen als Belastungserprobung, (3 - 5 Patienten), je Patient	21,43 je Einheit	39,31 180 – 240 min.
Thermische Anwendung Wärme oder Kälte	3,68	3,90
Hausbesuch, ärztlich verordnet, Zuschlag	8,15	11,30
Besuch eines weiteren Patienten derselben Gemeinschaft/Einrichtung am gleichen Tag	3,95	7,00
Pauschale Wegegeld je Besuch	2,80	-
Wegegeld je Kilometer	0,30	0,30
Hausbesuchspauschale bei Beratung zur Integration in das häusliche und soziale Umfeld (nur einmal im Regelfall abrechenbar)	8,15	-
Hausbesuch inkl. Wegegeld (Einsatzpauschale)	-	11,30
Hausbesuch in einer sozialen Einrichtung (inkl. Wegegeld je Patient)	-	7,00

LOGOPÄDIE	Primärkassen in Euro	Ersatzkassen in Euro
Stimm-, sprech- und sprachtherapeutische Erstbefundung (Regelbehandlungszeit 60 Min.)	62,13	-
Logopädische Erstuntersuchung	-	25,79
Logopädische Befunderhebung	-	25,79
Logopädische Befunderhebung für sprachentwicklungsgestörte Kinder und bei zentralen Sprachstörungen unter Anwendung standardisierter Testverfahren	-	51,59
Logopädische Einzelbehandlung	ca. 30 Min. mit dem Patienten ca. 45 Min. mit dem Patienten ca. 60 Min. mit dem Patienten	23,61 32,31 41,02
Logopädische Einzelbehandlung		21,22 29,86 38,27
Logopädische Gruppenbehandlung, Zweier-Gruppe, 45 Min. mit den Patienten, je Patient	29,09	-
Logopädische Gruppenbehandlung, Zweier-Gruppe, 90 Min. mit den Patienten, je Patient	36,91	-
Logopädische Gruppenbehandlung, Gruppe mit 3 – 5 Patienten, 45 Min. mit den Patienten, je Patient	17,90	-
Logopädische Gruppenbehandlung Gruppe mit 3 – 5 Patienten, 90 Min. mit den Patienten, je Patient	29,93	-
Logopädische Gruppenbehandlung bei Kindern, Therapiezeit 60 – 90 Minuten (Ø), je Patient	-	17,13
bei Erwachsenen, Therapiezeit 90 – 120 Minuten (Ø), je Patient	-	24,24
Hausbesuch, ärztlich verordnet	7,73	6,75
Besuch eines weiteren Patienten derselben Gemeinschaft/Einrichtung am gleichen Tag	3,86	3,37
Wegepauschale	1,89	2,71
Wegegeld pro Kilometer	-	0,30



Foto: iafoto - istockphoto.com

Entlastung bei der Kostenverantwortung

■ KBV präsentiert Konzept zur Neuordnung der Arzneimittelversorgung

Die KBV fordert eine Neuausrichtung der Arzneimittelversorgung. Demnach wären die Vertragsärzte nur noch für die korrekte Indikationsstellung, die Wirkstoffauswahl und die

Menge der verordneten Präparate verantwortlich.

Die Verantwortung für den Preis und die Morbiditätsentwicklung hingegen soll vollständig auf

Krankenkassen und pharmazeutische Industrie übergehen. Die KBV hat damit eine alte Forderung der Vertreterversammlung der KV Hamburg übernommen.

Johanniskraut und Paracetamol

■ Änderung der Verschreibungspflicht

Zur Erinnerung: Seit April 2009 sind alle **Johanniskrautpräparate**, die zur Behandlung mittelschwerer Depressionen zugelassen sind, verschreibungspflichtig und damit natürlich für diese Indikation weiterhin verordnungsfähig. Zur Begründung der Änderung wurde angeführt, dass Johanniskraut ähnliche Wirkungen auf die synaptische Übertragung habe wie chemisch definierte Antidepressiva. Wie bei diesen bestehe für Johanniskraut eine Latenzphase von mehreren Wo-

chen für die antidepressive Wirkung während der Patient bereits psychomotorisch aktiviert werde. In dieser Periode sei der Patient aktiv, aber noch depressiv, und die Suizidgefahr sei im Vergleich zur unbehandelten Grundkrankheit nochmals erhöht. Dieses Risiko erfordere die ärztliche Überwachung der Therapie.

Paracetamolhaltige Arzneimittel zur oralen Anwendung sind ab einer enthaltenen Gesamtwirkstoffmenge von 10g ver-

schreibungspflichtig. Dies gilt auch für Kombinationspräparate. Bei der üblichen Dosierung von 500mg pro Einzeldosis sind also Packungsgrößen mit mehr als 20 Tabletten oder Kapseln verschreibungspflichtig. Begründet wurde diese Änderung mit der relativ hohen Zahl an Menschen, die Paracetamol in suizidaler Absicht in Überdosis einnehmen.

*Ansprechpartnerin:
Regina Lilje
Tel: 22802-498*

Regressanträge: 4000 Beanstandungen zurückgezogen

■ Neufassung der SSB-Vereinbarung trägt zur Entspannung bei

Im Auftrag der Hamburger Krankenkassen hat die Barmer 4000 Beanstandungen aus den von ihr gestellten Regressanträgen gegen Vertragsärzte zurückgenommen. Dabei handelt es sich um Fälle, bei denen die Kassen eine „falsche Darreichungs-

form“ im Notdienst monierten. Der Konflikt zwischen Ärzten und Kassen in dieser Frage wurde durch eine Neufassung der Sprechstundenbedarfsvereinbarung beigelegt, die rückwirkend zum 1. Januar 2009 in Kraft trat. Nach dieser Einigung kommen

die Kassen den Ärzten nun offenbar entgegen - und nehmen auch die Beanstandung jener Sachverhalte zurück, die vor Gültigkeit der neuen Sprechstundenvereinbarung liegen. Die ältesten dieser Fälle sind aus dem Quartal 4/2006.

Arzneimittel-Informationsservice (AIS)

■ Neues Online-Angebot der KBV und der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft

Um den Vertragsärzten eine Hilfe an die Hand zu geben, mit der sie sich schnell über die Entwicklungen im Arzneimittelbereich informieren können, bietet die KBV einen Arzneimittelinformationsservice (AIS) an. Das Online-Angebot bündelt praxisnahe Informationen zu Arzneimitteln und deren Verordnung. Dazu gehören Hilfestellungen zum Ordnungsmanagement, Analysen zur Ausgabenentwicklung sowie Verordnungshäufigkeiten bei bestimmten Krankheitsbildern und Hinweise zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen. In der Rubrik „Arzneimittel AKTUELL“ sind wöchentlich neue Arzneimittelinformationen abrufbar. Frühere Ausgaben sind im Online-Archiv zu finden. Die Publikation „Wirkstoff AKTUELL“ gibt Ärzten wirkstoffbezogene Empfehlungen zu therapeutischem Nutzen

und Hinweise zu Preisen zugelassener Therapien. Die KBV stellt die entsprechenden Informationen gemeinsam mit der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft auf der Basis relevanter Studien und Leitlinien zusammen. Ergänzend finden die Nutzer auf der AIS-Website Informationen pharmazeutischer Unternehmen zur Arzneimittelsicherheit,

etwa sogenannte Rote-Hand-Briefe. Weblinks zur Arzneimittelrichtlinie inklusive Anlagen und zur Schutzimpfungsrichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses vervollständigen das Angebot.

Der AIS ist über die Homepage der KBV unter www.kbv.de/ais/ oder <http://ais.kbv.de> erreichbar.

Arzneimittelfrühinformation für das 3. Quartal 2008

Leider konnten wir Ihnen für das 3. Quartal 2008 noch keine Frühinformation zusenden, da ein großer Krankenkassenverband die dafür notwendigen Daten noch nicht geliefert hat beziehungsweise schon gelieferte Daten wegen Unplausibilitäten nicht verwendet werden konnten. Der für diese Lieferung vereinbarte Zeitrahmen wäre Ende Dezember 2008 gewesen.

Arzneimittelrichtlinie: Was ist verordnungsfähig?

- Die Änderung der Arzneimittelrichtlinie hat bei den Vertragsärzten einige Fragen aufgeworfen. Hier eine Zusammenstellung der Punkte, zu denen uns die meisten Anrufe erreichten.

Verordnung für Kinder

Hustenmittel

Der Verordnungs Ausschluss für Hustenmittel gilt nur für bestimmte Kombinationspräparate. Monopräparate wie zum Beispiel Prospan (Thymian-Monopräparat) oder Ambroxol Saft sind weiterhin verordnungsfähig. Kombinationspräparate mit gleichwirkenden Inhaltsstoffen wie im nachgefragten Sinuforton (2 Expectorantien) sind ebenfalls weiterhin verordnungsfähig. Bitte achten Sie auch auf den Alkoholgehalt der Präparate: Hustenmittel mit einem Alkoholgehalt von mehr als fünf Prozent und einem entsprechenden Warnhinweis in der Fachinformation sind nicht verordnungsfähig. Spasmo-Mucosolvan ist nach der Richtlinie zur Behandlung des Hustens nicht verordnungsfähig. Dieser Verordnungs Ausschluss gilt nicht, wenn das Präparat bei der Indikation Asthma angewendet wird. (Bitte dokumentieren!)

Arzneimittel der besonderen Therapierichtungen

Homöopathische und anthroposophische Arzneimittel sind für Kinder unter 12 Jahren und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren grundsätzlich verordnungsfähig. Ausgenommen sind solche Mittel, die sich den Indikationsgruppen der Anlage III der neuen AMR zuordnen lassen. Als Kriterium gilt die Zulassungsindikation. Ein Beispiel hierfür wäre das Hustenmittel Monapax.

Rhinologika

Rhinologika in fixer Kombination mit gefäßaktiven Stoffen (zum Beispiel Rhinopront Kombi) sind nicht verordnungsfähig. Monopräparate, die zum Beispiel Xylometazolin oder Oxymetazolin enthalten, sind für Kinder unter 12 Jahren und für Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren weiterhin verordnungsfähig.

Antiemetika

Monopräparate wie dimenhydrinathaltige Arzneimittel (zum Beispiel Vomex) sind unverändert verordnungsfähig.

Weiterhin unverändert verordnungsfähig für Kinder (und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen unter 18 Jahren) sind:

- | | |
|---|---------------------------------|
| 1) Abführmittel (Klistiere und Lactulose) | 4) Wirkstofffreie Basissalben |
| 2) Antimykotika | 5) Vitamine und Mineralstoffe |
| 3) Nicht verschreibungspflichtige Antihistaminika | 6) Fluorid zur Kariesprophylaxe |

Medizinische Indikation, Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes sowie der Status des apothekenpflichtigen Arzneimittels sind die Voraussetzung für jede Verordnung! (Ausnahme: Bei Fluoridpräparate zur Kariesprophylaxe ist die Apothekenpflicht keine Voraussetzung.)

Verordnung für Erwachsene

Antidiarrhoika

Verschreibungspflichtige Loperamidpräparate sind jetzt nicht mehr verordnungsfähig (Ausnahme: bei Kolektomie in der postoperativen Phase, also laut Präambel des Kapitel 31 des EBM, für drei Wochen).

Lipidsenker

Für die Verordnung in der Primärprävention gilt: Nur für Hochrisikopatienten, deren kardiovaskuläres Risiko (Zehn-Jahresrisiko auf Basis der Risikokalkulatoren) mehr als 20 Prozent beträgt, sind Lipidsenker verordnungsfähig.

Zu den einzelnen Risikokalkulatoren macht die Richtlinie keine Angaben. Zur Verfügung stehende Risikokalkulatoren sind zum Beispiel Procam Risikokalkulator, ESC Risikokalkulator und Framingham Risikokalkulator. Hierbei wird auf Basis verschiedener Studienergebnisse und patientenindividueller Angaben (zum Beispiel Alter, Blutdruck, Cholesterinwerte u.a.) ein patientenindividuelles kardiovaskuläres Risiko ausgerechnet.

Für bereits eingestellte Patienten gelten unseres Erachtens die ursprünglichen Werte (zum Zeitpunkt Ihrer Therapieentscheidung) unter anderem für Blutdruck und Cholesterin, um die Weiterverordnung des Statins nach den Bedingungen der heutigen Richtlinie zu bewerten.

Durchblutungsfördernde Mittel

Pentoxifyllin, zum Beispiel zur Therapie des Hörsturzes (Infusionstherapie), ist nicht verordnungsfähig. Generell gilt die Wirkung der Infusionstherapie zur Behandlung des Hörsturzes als nicht ausreichend evidenzbasiert belegt (siehe Leitlinien) und war auch vorher unter dem Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit strittig.

Im allgemeinen Teil der Richtlinie wird in Paragraph 9 ausgeführt, wodurch sich eine wirtschaftliche Verordnungsweise auszeichnet: „Die Verordnung von Arzneimitteln hat den Regeln der ärztlichen Kunst und den Grundsätzen einer rationalen Arzneimitteltherapie zu entsprechen. Arzneimittel mit nicht ausreichend gesichertem therapeutischen Nutzen dürfen nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Der therapeutische Nutzen im Sinne dieser Richtlinie besteht in einem nach dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse relevanten Ausmaß der Wirksamkeit bei einer definierten Indikation.“

Hämorrhoidenmittel

Alle verschreibungspflichtigen lokal anzuwendenden Kombinationspräparate, die zur Behandlung von Hämorrhoiden angewandt werden, sind nicht verordnungsfähig (zum Beispiel Faktusalbe, Zäpfchen usw.).

*Ansprechpartnerin:
Regina Lilje, Tel: 22802-498*

Korrektur

Leider war die Übersicht zur neuen Arzneimittelrichtlinie, die im letzten KVH-Journal auf Seite 19 veröffentlicht wurde, an einer Stelle missverständlich. Deshalb hier die vollständige und korrekte Information: Verschreibungspflichtige Antihistaminika zur Anwendung auf der Haut sind nur für Kinder bis 12 verordnungsfähig. Nichtverschreibungspflichtige Antihistaminika (zum Beispiel Tabletten und Gele) sind für Kinder bis 12 und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen bis 18 Jahren verordnungsfähig.

Regio-Kliniken drängen in ambulante Versorgung

■ Resolution der Ärzte in den KV-Kreisen 9, 1 und 12

An alle Kolleginnen und Kollegen der KV Hamburg!

Ambulant tätige Vertragsärzte und stationär tätige Krankenhäuser sichern in guter Kooperation die gesundheitliche Versorgung der Bürger. Diese Kooperation wird durch die Ausgründung krankenhausetragener Medizinischer Versorgungszentren (MVZ) stark gefährdet.

Im Kreis 9 (Hamburg-Innenstadt) betreiben die Regio-Kli-

niken (Klinik Elmshorn, Klinik Pinneberg, Klinik Wedel; Kooperation mit UKE, BG Unfallkrankenhaus Boberg und KH Itzehoe) das erste von einer Klinikgruppe betriebene MVZ außerhalb eines Krankenhauses und ohne einen speziellen Versorgungsauftrag in Hamburg.

Die Ärzte der Kreise 9 und 1 haben auf ihren Kreisversammlungen einstimmig beschlossen, alle niedergelassenen Ärzte in

Hamburg über diese MVZ-Gründung zu informieren. Sie sind einstimmig der Meinung, dass die Versorgung im ambulanten Bereich in Hamburg durch niedergelassene Ärzte umfassend sichergestellt ist, es somit keiner MVZ-Gründung durch Träger, die für den stationären Bereich Anspruch auf staatliche Investitionsmittel haben, bedarf (Wettbewerbsvorteil). Die Ärzte der Kreise 9 und 1 fordern alle niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen auf, die ärztliche Behandlung auch zukünftig ausschließlich am Wohle des Patienten zu orientieren. Für die Richtigkeit des Beschlusses

*Dr. Torsten Hemker,
Obmann Kreis 9*

*Dr. Brigitte Eschler,
Obfrau Kreis 1*



KBV-Studie zu Versorgungszentren

■ Köhler warnt vor gewinnorientierten Eignern

Bundesweit werden durchschnittlich 70 Medizinische Versorgungszentren pro Quartal gegründet. Zwei Haupttypen lassen sich der neuen KBV-Studie „MVZ-Survey 2008“ zufolge identifizieren. Während das von Krankenhäusern gegründete MVZ in den neuen Bundesländern dominiert, ist in Westdeutschland das ver-

tragsarztgeführte Zentrum vorherrschend. Im 4. Quartal 2008 waren 54,1% aller MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten und 37,4% in Trägerschaft eines Krankenhauses. Die Autoren der Studie gehen davon aus, dass ein dritter MVZ-Typ künftig eine größere Rolle spielen wird: das von einer Managementgesellschaft betriebene MVZ. „Hier

liegt auch eine Gefahr, MVZ vorrangig als Geschäfts- und nicht als Versorgungsmodell zu sehen“, sagt KBV-Chef Dr. Andreas Köhler. „Gewinnorientierte Kapitalgesellschaften als MVZ-Eigner könnten versuchen, aus wirtschaftlichen Gründen direkten Einfluss auf die ärztliche Tätigkeit zu nehmen. Dem muss der Gesetzgeber vorbeugen.“



Einblick in andere Lebenswelten

■ Hospitation in Obdachloseneinrichtungen

Um einen Einblick in die Lebenswelt von Obdachlosen zu erhalten, können Vertragsärzte in Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe hospitieren. Die halbtägige Hospitation wird von der Ärztekammer als Fortbildung anerkannt und mit 4 Punkten bewertet. Die Ärzte hospitieren vier Stunden à 45 Minuten in den medizinischen Sprechstunden der Wohnungslosenhilfe. Sie vertiefen zielgruppenspezifische Behandlungsmethoden (Wundbehandlung, Diabetikerschulungen), erhalten Informationen

über Überweisungsmöglichkeiten zur Mitbehandlung und erfahren mehr über das soziale Unterstützungssystem für Obdachlose.

Ansprechpartner:

Petra Hofrichter, Regionaler Knoten Hamburg in der HAG

E-Mail: Petra.hofrichter@hag-gesundheit.de, Tel: 63647791

Dr. Carsten Leffmann,

Fortbildungsakademie der Ärztekammer HH, E-Mail:

*Carsten.leffmann@aekeh.de
Tel: 2272880*

Vorsitzender des Hausärztekreises tritt PNS bei

■ Engere Kooperation in Süderelbe geplant

Kersten Freytag, Vorsitzender des Hausärztekreises Harburg-Süderelbe (HKHS), ist dem PNS - Praxisnetz Süderelbe beigetreten. Die PNS-Vorstände Dr. Gerhart Glaser und Dr. Ullrich Schäfer sprachen

von einem wegweisenden Schritt zu einer vereinigten Haus- und Fachärzteschaft in Süderelbe. Kollegen des Hausärztekreises sollen künftig eine eigene Sektion im PNS bilden können.

Infos der KV per E-Mail

Die KV bittet die Vertragsärzte und -psychotherapeuten, ihre E-Mail-Adressen ins Arztregister eintragen zu lassen, um eine schnelle Kommunikation zu ermöglichen.

Der Ausbruch der Schweinegrippe hat gezeigt, wie wichtig es im Notfall ist, Informationen schnell und zuverlässig an die richtigen Personen bringen zu können. Die Vertragsärzte und -psychotherapeuten können ihre E-Mail-Adressen nur für die Notfallkommunikation freigeben. Sie können die E-Mail-Adresse aber auch in den ePostverteiler aufnehmen lassen. Dann bekommen sie schneller die normalen Routine-Informationen der KV.

Bitte senden Sie uns eine E-Mail und teilen Sie uns darin mit, ob Sie die Absenderadresse nur für die Notfallkommunikation oder auch für den ePostverteiler freigeben.

Ansprechpartnerin:

Melanie Vollmert, E-Mail: oeffentlichkeitsarbeit@kvvh.de

Genauer hinsehen

■ Zehn Jahre Psychotherapeutengesetz: Die Bilanz ist positiv. Eine Vorkämpferin der Kinder- und Jugendpsychotherapie erklärt, warum Hilfe für Patienten oft dennoch nicht schnell genug kommt.

In den politischen Auseinandersetzungen um das Psychotherapeutengesetz wäre das Berufsbild des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beinahe unter die Räder gekommen. Als Bundesvorsitzende des Verbandes der Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP) von 1990 bis 1996 versuchte ich, bei den Bonner Politikern ein Bewusstsein dafür zu schaffen, dass die Therapie von Kindern und Jugendlichen andere Kenntnisse und Instrumente er-

fordert als die Therapie von Erwachsenen. Besonders wichtig war mir, den Zugang zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie über einen pädagogischen Grundberuf zu erhalten.

>> Ärzte überweisen manchmal nur zögernd an die Psychotherapeuten. <<

fordert als die Therapie von Erwachsenen. Besonders wichtig war mir, den Zugang zur Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie über einen pädagogischen Grundberuf zu erhalten.

Das war mühevoller Überzeugungsarbeit. Doch als Anfang 1999 nach jahrelangen Diskussionen das Psychotherapeutengesetz verabschiedet wurde, führte es zwei neue Heilberufe gleichberechtigt in das Vertragsarztrecht ein: den Psychologischen Psychotherapeuten und den Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Bis dahin waren die Mitglieder dieser beiden Berufsgruppen

„Hilfspersonen“, die nur durch Delegation eines ärztlichen Therapeuten tätig werden durften.

Nun sind die Psychotherapeuten den Ärzten gleichgestellt und können über die KV abrechnen. Der wichtigste Fortschritt aber ist, dass das Psychotherapeutengesetz unserem Berufsstand einen deutlichen Professionalisierungsschub brachte. Die bis 1999 geltende „Berufsfreiheit“ wurde beendet. Heute gibt es eine Approbation, ein einheitliches Berufsrecht, Fortbildungs-

verpflichtungen. Die Qualifikationsvoraussetzungen sind einheitlich geregelt.

Wer die Ausbildung zum Psychotherapeuten absolviert, muss allerdings viele Opfer bringen. Die Ausbildungsteilnehmer arbeiten ein Jahr lang ohne Bezahlung in der Psychiatrie, was sich viele junge Menschen, die als Therapeuten begabt wären, nicht leisten können. Deshalb schlägt ein Gutachten für das Gesundheitsministerium vom April 2009 zu Recht vor, eine einheitliche Vergütung der Ausbildungsteilnehmer während der praktischen Tätigkeit einzuführen.

Es gibt zu wenig Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Und es gibt zu wenig Niederlassungsmöglichkeiten. Bei der Schaffung adäquater Rahmenbedingungen für die Bedarfsplanung sind wir aber auf dem richtigen Weg. In der Übergangsphase nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes wurden viele Therapeuten, die eine Approbation für Erwachsene und Kinder hatten, für beide Bereiche zugelassen – obwohl sie dann selten oder fast nie mit Kindern arbeiteten. Das führte zu einem Mangel an Behandlungsplätzen für Kinder und Jugendliche. Mitte Oktober 2008 beschloss der Bundestag eine neue Quotenregelung: Mindestens 20 Prozent der Arztstühle für Psychotherapeuten sollen künftig Kollegen vorbehalten sein, die ausschließlich mit Kindern und Jugendlichen arbeiten. Derzeit warten wir noch darauf, dass die Bedarfsplanungsrichtlinie durch den Gemeinsamen Bundesausschuss entsprechend konkretisiert wird.

Das Psychotherapeutengesetz hat den Stellenwert nicht-somatischer Behandlungen in der ambulanten Versorgung deutlich gestärkt. Die Hausärzte arbeiten sehr gut mit uns zusammen. Dennoch berichten Kinder- und Jugendlichenpsy-

chotherapeuten immer wieder von Fällen, in denen Ärzte mit der Überweisung lange gezögert haben. Eltern, die zu uns in die Praxis kommen, sagen: „Nun laufe ich mit dem Kind schon seit Jahren zum Arzt. Und erst jetzt schickt er uns zu Ihnen.“

Deshalb mein Appell an die Ärzte: Erwägen Sie die Psychotherapie als mögliche Behandlungsoption für Ihre Patienten. Sehen Sie vor allem bei Kindern, die sich ja noch nicht selbst vertreten und noch nicht über ihre Probleme sprechen können, sehr genau hin. Hier einige Beispiele:

- Wenn ein Kind im Alter von sieben Jahren noch ins Bett macht, ist das ein Fall für eine Psychotherapie. Bettnässen ist das Symptom einer Seelenqual, für die es keine Sprache gibt.

- Dasselbe gilt für den gesamten Bereich der Magersucht junger Menschen und andere psychosomatische Symptome bei Jugendlichen.

- Was in den Arztpraxen meiner Erfahrung nach oft nicht erkannt wird, sind Depressionen im Kindesalter. Anders als aggressive Kinder, die im Zentrum der Aufmerksamkeit stehen, sind depressive Kinder ganz still und fallen nicht auf.

- Auch Probleme, die Mütter mit ihren Kleinkindern haben, sind mit psychotherapeutischen Instrumenten oftmals gut zu lösen. Wenn das Kind unentwegt schreit und die Mutter nicht zur Ruhe kommen lässt, beobachtet der Therapeut das Verhältnis der beiden und kann eventuell mehr ausrichten als ein

Kinderarzt in seiner eng begrenzten Sprechzeit.

Mängel, die Menschen in ihrer frühesten Kindheit erfahren, tragen sie ihr Leben lang mit sich herum. Natürlich kann man auch im Erwachsenenalter noch erfolgreich therapieren. Doch bis dahin haben die Patienten schon lange gelitten.

Ich hoffe, die neue Quotenregelung führt dazu, dass mehr Kindern durch eine Psychotherapie geholfen werden kann. Bis die Regelung greift, sollte man sich nicht abschrecken lassen. Erstgespräche, in denen zunächst herausgefunden werden soll, was für eine Art von Therapie ein Patient braucht, bekommt man auch heute schon ziemlich schnell.

Annelies Arp-Trojan



Foto: BPK

Annelies Arp-Trojan ist eine der Preisträgerinnen des in diesem Jahr erstmals verliehenen Diotima-Ehrenpreises der Bundespsychotherapeutenkammer. Die Hamburger Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin wurde für ihr berufspolitisches Engagement bei der Vorbereitung und Verabschiedung des Psychotherapeutengesetzes vor mehr als zehn Jahren geehrt.

Vor ihrem Studium der Sozialpädagogik absolvierte Annelies Arp-Trojan eine Ausbildung als Kindergärtnerin und Hortnerin und leitete eine Kindertagesstätte in Kiel. Schon als Ausbildungskandidatin der Psychotherapie engagierte sie sich berufspolitisch - später dann über Jahre hinweg als Vorsitzende der Vereinigung analytischer Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (VAKJP). Sie arbeitete von 1984 bis 1998 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Michael-Balint-Institut, dem sie als Dozentin und Supervisorin weiter verbunden ist. Nach Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes war sie fast 3 Jahre Mitglied des Hamburger Zulassungsausschusses und arbeitete als niedergelassene Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin in Ottensen. Mit dem Erreichen der Altersgrenze im Jahr 2006 gab sie ihre Kassenzulassung zurück - äußerst ungerne, wie sie sagt. Seither betreibt sie eine Privatpraxis.

Steckbrief – Für Sie im beratenden Fachausschuss (BFA)

Claus Gieseke

(BFA Psychotherapeuten)

Geb. Datum: 31.12.1952

Familienstand: verheiratet,
2 Kinder

Fachrichtung: Psychologischer Psychotherapeut

Weitere Ämter: Zulassungsausschuss, Vorstand Psychotherapeutenkammer Hamburg, Vertreterversammlung KVH (stv.)

Hobbys: Laufen, Radfahren, Singen, Lesen, Berufspolitik



Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? Honorargerechtigkeit, Weiterentwicklung und Stärkung des Kollektivvertragssystems

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Optimistische Perspektive: Alle Fachgruppen werden angemessen durch die KV vertreten, sinnvolle Selektivverträge ergänzen das bisherige System. Die Verzahnung zwischen ambulantem und stationärem Bereich ist verbessert worden und zwar nicht zu Lasten der Niedergelassenen. PatientInnen erhalten die bestmögliche Versorgung – unabhängig von Alter, Einkommen, Bildungsgrad, Wohnort und Geschlecht. Pessimistische Perspektive: Der sogenannte „Wettbewerb“ im Gesundheitswesen hat zu einer besseren Versorgung für die Gesünderen und Stärkeren geführt, chronisch kranke und sozial schwache Bevölkerungsgruppen erhalten keine gleichwertige Gesundheitsversorgung mehr.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Barack Obama. Ich würde ihn einfach gern kennen lernen, um genauer zu verstehen, welche persönlichen Eigenschaften ihm diesen Erfolg ermöglichten.

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Ich habe meinen Traumberuf schon gefunden.

Dr. Friedrich Flohr

(BFA Fachärzte)

Geb. Datum: 23.5.1960

Familienstand: verheiratet,
eine Tochter

Fachrichtung: Augenheilkunde

Weitere Ämter: Mitglied der Kammerversammlung, Vizepräsident europäischer Facharztverband / Sektion Ophthalmologie



Welche berufspolitischen Ziele würden Sie gerne voranbringen? 1. Durchsetzung einer angemessenen Honorierung – unabhängig von der rechtlichen Konstruktion der dazu nötigen Interessensvertretung
2. Erhalt der Freiberuflichkeit unseres Berufes

Wo sehen Sie die KV und das Gesundheitssystem in 10 Jahren? Die KV wird geschwächt sein – und das Gesundheitssystem ebenfalls.

Welchen Politiker würden Sie gerne einmal treffen und was würden Sie ihn fragen? Keinen

Welchen Traum möchten Sie sich gerne einmal verwirklichen? Toujours Provence.

Terminkalender

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung

Do. 17.9.2009 um 20 Uhr im Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Notfallseminare

Fortbildungsveranstaltung mit praktischen Übungen für alle im ärztlichen Notfalldienst tätigen Ärzte

Die zwei- bzw. vierstündige Veranstaltung der KV Hamburg wird durch Ärzte und Assistenten des Bundeswehrkrankenhauses unterstützt.

Basisseminar

Mi. 23.09.2009

7 Punkte 

Vertiefungsseminar

Mi. 01.07.2009
Mi. 25.11.2009

3 Punkte 

Ein Schwerpunktseminar zum Thema „Schmerztherapie im Notfalldienst“ wird voraussichtlich Ende Oktober 2009 stattfinden. Informationen zu den Fortbildungen finden Sie auch im Internet: www.kvhh.de → Fortbildung

Ansprechpartnerin: Franziska Schott Tel: 22 802 - 378

Qualitätsmanagement-Seminare

QEP®-Einführungsseminare für Arztpraxen

Jeweils Fr. 15 – 21 Uhr u. Sa. 8:30 – 16:30 Uhr

Fr./Sa. 03./04.07.2009
Fr./Sa. 11./12.09.2009
Fr./Sa. 27./28.11.2009

15 Punkte 

QEP®-Einführungsseminare für Psychotherapeuten

Jeweils Fr. 15 – 21 Uhr u. Sa. 8:30 – 16:30 Uhr

Fr./Sa. 03./04.07.2009
Fr./Sa. 30./31.10.2009

15 Punkte 

QEP®-Vertiefungsseminare für Arztpraxen

Jeweils 15 – 19:30 Uhr

5-teiliger Seminarblock

Mi. 22.04.2009
Mi. 27.05.2009
Mi. 08.07.2009
Mi. 09.09.2009
Mi. 28.10.2009

30 Punkte 

QEP®-Vertiefungsseminare für

Psychotherapeuten (einzeln buchbare Teile)
15 – 21 Uhr

Fr. 11.09.2009 (Teil 3)

8 Punkte je Teil 

QEP®-Themenseminare

Datenschutz

Mi. 07.10.2009 (9:30 – 17 Uhr)

7 Punkte 

QEP®-QMB-Seminar (3-teilig)

Mi. 30.09.2009 (9 – 17 Uhr)
Mi. 04.11.2009 (9 – 17 Uhr)
Mi. 09.12.2009 (9 – 17 Uhr)

QEP®-Kommunikationstraining

Mi. 28.10.2009 (15 – 19:30 Uhr)

5 Punkte 

Ort: Ärztehaus, Humboldtstraße 56, 22083 Hamburg

Anmeldeformulare im Internet unter: www.kvhh.de → Ärzte/Psychotherapeuten

→ Qualitätsmanagement → QEP-Seminare und Termine

Telefonische Anmeldung: Ursula Dudziak Tel: 22802-633

Infocenter der KVH

Bei allen Fragen rund um Ihren Praxisalltag

Sie haben Fragen zur vertragsärztlichen Tätigkeit?

Die Mitarbeiter des Infocenters der KVH helfen Ihnen schnell und kompetent.

Was bieten wir Ihnen?

- schnelle und verbindliche Auskünfte in allen Fragen, die die vertragsärztliche Tätigkeit und das Leistungsspektrum der KVH betreffen
- schnellstmöglichen Rückruf, falls die gewünschte Information nicht sofort erteilt werden kann
- zügige Beantwortung Ihrer schriftlichen Anfragen per Post, Fax oder eMail

Wie erreichen Sie uns?

Infocenter der KVH
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg

Telefon: 040/22 802 900
Telefax: 040/22 802 885
E-Mail: infocenter@kvhh.de

Wann sind wir für Sie da?

Montag, Dienstag und Donnerstag 8.00 – 17.00 Uhr
Mittwoch 8.00 – 12.30 Uhr
Freitag 8.00 – 15.00 Uhr

